Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

34 104 Langdurige zorg

Nr. 72

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG
Vastgesteld 11 september 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 juni 2015 over het afschrift van de brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake het voorlopige budgettaire kader Wlz 2016 (Kamerstuk 34 104, nr. 61).

De vragen en opmerkingen zijn op 13 juli 2015 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 10 september 2015 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier de commissie,
Sjerp

kst-34104-72
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de afschrift van de brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake het voorlopige budgettaire kader Wlz 2016 en de daarbij horende documenten. Graag reageren genoemde leden hierop met de volgende vragen en opmerkingen.

Allereerst zouden de leden van de SP-fractie willen weten wat de evaluatie is van het vervallen van de contracteerplicht in 2012 en hoe de invoering van zorgzwaartepakketten in 2009 worden geëvalueerd. Is er sinds deze twee stappen meer of minder zicht op de bestedingen van de gelden, is er sinds deze twee wijzigingen sprake van meer of minder flexibele inzet van personeel (zowel op basis van kleine als tijdelijke contracten)? Is inzichtelijk te maken hoe de afschaffing van de contracteerplicht en de invoering van de zorgzwaartepakketten hebben geleid tot minder of meer overhead bij zorginstellingen? Is er sprake van meer of minder financiële risico's bij zorginstellingen en hoe anticiperen zij daarop? Is er bij de inkoop van zorg meer of minder gewerkt met wisselende inkoopbedragen per instelling, per regio, per zorgzwaartepakket? Is er meer of minder gewerkt met «bonus/malus» mechanieken en wat heeft dat opgeleverd? Is er door het invoeren van de zorgzwaartefinanciering en/of de afschaffing van de contracteerplicht meer of minder noodzaak tot management in zorginstellingen gekomen? Zeker ook de cijfers van het CPB indachtig dat «zorgmanager» het snelst groeiende beroep in de afgelopen jaren is geweest[1]. De leden van de SP-fractie zien graag de evaluaties van zowel de afschaffing van de contracteerplicht als de invoering van de zorgzwaartefinanciering tegemoet.

De leden van de SP-fractie zijn absoluut van mening dat de kwaliteit en de inhoud van zorg centraal moeten staan, zeker ook bij de inkoop van zorg. Toch vragen zij hoe dit precies geregeld is. Deze leden zien mensen die zorgen voor mensen als de kern van de zorg en vragen of bij de inkoopmodellen dit gegeven voldoende tot zijn recht komt. Kan de Staatssecretaris de leden van de SP-fractie eens uitleggen hoe kortingen op budgetten ten goede zouden moeten komen tot het primaire proces? Kan de Staatssecretaris tevens aangeven hoe de inkoop van zorg via (soms erg grote) instellingen, ten goede komt aan eigenheid van locaties of afdelingen? Deelt u de mening dat de financiering zo laag mogelijk in de organisatie zou moeten neerslaan, om te voorkomen dat er heel veel geld wordt afgeroomd voor overhead en andere zaken die niet het primaire zorgproces bevorderen. Op welke wijze zijn de mening en inzichten van medewerkers in de instellingen betrokken bij het inkoopbeleid? Kan de Staatssecretaris uitgebreid toelichten hoe de zorgkantoren bij de zorginkoop (voor 2016) uitgaan van de expertise, de kennis en ervaring van de zorgmedewerkers?

[1] Centraal Planbureau, 9 juli 2015, «Baanpolarisatie in Nederland» http://cpb.nl/publicatie/baanpolarisatie-in-nederland

Differentiëren tussen de verschillende sectoren lijkt een positief uitgangspunt, iedere sector in de zorg heeft immers haar eigen kenmerken. Maar een en ander staat of valt bij de uitwerking. Kan de Staatssecretaris omschrijven hoe deze differentiatie tussen sectoren vorm gaat krijgen? Welke uitgangspunten aangaande de «eigenheid» van de verschillende sectoren worden gehanteerd en hoe is deze eigenheid terug te zien in het inkoopbeleid van 2016 per zorgsector? Waarom hebben Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgkantoren bij het opstellen van het inkoopkader 2016, alleen contact gehad met de toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)? Waarom is er niet gesproken met (een aantal) zorgaanbieders zelf maar alleen via de brancheorganisaties, zo vragen de leden van de SP-fractie. Hoe gaat de Staatssecretaris voorkomen dat er nog meer inkoopregels komen omdat er gedifferentieerd gaat worden? Kan de Staatssecretaris toezeggen dat de verschillen niet gaan leiden tot groepen mensen met (hoge) zorgbehoefte die buiten de boot vallen door financieringsbeleid? Erkent de Staatssecretaris dat het bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg erg lucratief is om je als instelling te richten op lichtverstandelijk beperkte jongeren omdat zij een goede financiering met zich mee brengen. Erkent de Staatssecretaris ook dat dit kan leiden tot verdrukking van bestaande bewoners of verwaarlozing van hun zorg?[2] De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris met klem om de gewenste differentiatie met inhoud en visie vanuit de sectoren te laten begeleiden zodat niet ieder zorgkantoor zijn eigen beleid gaat maken, waardoor het ten eerste erg bureaucratisch wordt en ten tweede totaal oncontroleerbaar is hoe en waarom de financiering loopt zoals hij loopt. Genoemde leden vragen een uitgebreide reactie op hun zorgen.

Dat de cliënt centraal komt te staan bij de zorginkoop is een zeer logisch uitgangspunt, zo stellen de leden van de SP-fractie. Maar kan de Staatssecretaris eens uitleggen waarom dat juist nu een novum zou zijn? Is er in het verleden niet ingekocht op de wens van «de cliënt»? Had de invoering van de zorgzwaartefinanciering alsmede het afschaffen van de contracteerplicht niet ook juist belofte dat dat zou leiden tot het «meer centraal komen te staan van de cliënt»?

Dat de Staatssecretaris stelt dat zorgaanbieders zelf aan zet zijn en moeten aangeven waar ze als organisatie naar toe willen, is een redelijke open deur. Wat natuurlijk relevant is, is de vraag in hoeverre nemen deze «toekomstplannen» recht doen aan de wensen van bewoners en personeel? En hoe de zorgkantoren vervolgens omgaan met deze toekomstplannen? Gaan zij dit toetsen en via welk kader? Gaan zij interveniëren op inhoud en zo ja, vanuit welke verantwoordelijkheid? Wie heeft de (eind)verantwoordelijkheid bij een geschil over het toekomstplan? Zijn er bepaalde voorwaarden geformuleerd waar een dergelijk toekomstplan aan moet voldoen en zo ja, welke zijn dat en hoe zijn deze voorwaarden tot stand gekomen? Of worden de zorgaanbieders hierin vrijgelaten? De leden van de SP-fractie vrezen dat het maken en beoordelen van de toekomstplannen geen panacee gaat zijn voor de wens om de «cliënt centraal» te stellen. Erkent de Staatssecretaris dat het risico op de loer ligt dat (dure) adviesbureaus deze toekomstplannen gaan maken en er voor hen dus een nieuwe (lucratieve) markt wordt gecreëerd? Erkent de Staatssecretaris het risico dat een nieuwe basis wordt gelegd voor een keurmerkenmaffia die «stempels» op toekomstplannen zet, terwijl het niets zegt over de kwaliteit van de zorg in deze instellingen. Hoe gaat de Staatssecretaris voorkomen dat er een enorm (duur) circus wordt opgetuigd dat niet leidt tot meer inzicht in de kwaliteit van leven en zorg,

---

[2] EenVandaag, 9 juli 2015, «'s Heeren Loo: bewoners in het nauw» http://binnenland.eenvandaag.nl/tv-items/60663/_s_heeren_loo_bewoners_in_het_nauw

de veiligheid in de instellingen? De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris strak vinger aan de pols te houden dat deze toekomstplannen niet de nieuwe kleren van de keizer worden.

De hoogte van het tarief dat zorgkantoren afspreken met aanbieders zal afhankelijk zijn van de plannen die zorgaanbieders indienen en de behaalde resultaten. Juist hier zien de leden van de SP-fractie een enorm risico in. Wanneer de kwaliteit van een plan, in tegenstelling tot de werkelijkheid, basis is voor de inkoop, dan zit er een hele grote prikkel in om dat plan zo «glossy» en positief mogelijk te maken, zonder dat het de werkelijkheid nog weer geeft. Ziet de Staatssecretaris dit risico? Genoemde leden hebben behoefte aan een uitgebreidere toelichting op dit punt.

Gaan zorgkantoren bij de inkoop uit van behaalde resultaten uit het verleden of van het lopende jaar? Deze leden nemen op basis van de brief aan dat het gaat om het lopende jaar, het jaar waar het plan betrekking op heeft. Maar constateren genoemde leden het dan correct dat achteraf kan worden besloten het tarief naar beneden bij te stellen? Is er dan niet een groot risico dat sommige zorgaanbieders financiële problemen krijgen? Zo ja, is de continuïteit van zorg dan nog wel gegarandeerd? Welke voorwaarden zijn geformuleerd op basis waarvan zou besloten moeten kunnen worden tot het naar beneden bijstellen van het tarief en hoever kan het tarief naar beneden worden bijgesteld, oftewel is er bijvoorbeeld een ondergrens vastgesteld? Kan de Staatssecretaris uitgebreid ingaan op deze vragen en de risico's die samenhangen met het achteraf verlagen van de tarieven?
De leden van de SP-fractie signaleren dat er verschillende tarieven worden gehanteerd door de verschillende zorgkantoren. Hoe groot zijn die verschillen, zowel binnen als tussen regio's? Is het wel wenselijk dat die verschillen er zijn en blijven, zeker in het licht dat de wens is om regionale verschillen te verkleinen. Hoe gaat de Staatssecretaris dat aanpakken? Gaan de laagste tarieven gelden of gaan reële tarieven gelden?
De leden van de SP-fractie willen graag weten wat de buffers zijn van de verschillende regio's en waarom deze zijn ontstaan. Zou het niet wenselijk zijn die buffers af te romen en in te zetten voor knelpunten die gedurende een jaar ontstaan of wanneer een bepaalde bezuinigingsdoelstelling te langzaam gaat of te negatieve gevolgen heeft? Kan de Staatssecretaris hier uitgebreid antwoord op geven?

Dat de zorg niet aan het begin van het jaar geheel is te voorspellen erkennen de leden van de SP-fractie geheel en zij zijn het helemaal eens dat er bij een veranderende zorgvraag hier in de loop van het jaar rekening mee gehouden moet kunnen worden. Genoemde leden lezen dat er nu twee momenten in het jaar zijn (komen) waarop een en ander bijgesteld kan worden. Het laatste moment is echter eind mei, betekent dit dat er daarna eigenlijk geen flexibiliteit meer is? Waarom is dit geen continu proces? De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris helder te beschrijven wat de gevolgen zijn als de middelen in de loop van het jaar op zijn en herverdeling niet meer mogelijk is. Is de continuïteit van zorg voor alle cliënten dan nog wel gegarandeerd? Ontstaat hierdoor geen vergroot risico op wachtlijsten, met name in de loop van het jaar? Mensen die zorg nodig hebben, moeten die zorg krijgen zo stellen de leden.
Eerder heeft voormalig Staatssecretaris Bussemaker besloten een «stroppenpot» ter voorkoming van wachtlijsten achter de hand te houden. Klopt het dat deze stroppenpot niet meer bestaat? Kan de Staatssecretaris aangeven waarom een dergelijke stroppenpot niet meer bestaat?

De Staatssecretaris verwacht dat de administratieve lasten omlaag gaan, onder andere door het maken van meerjarenafspraken, zo schrijft hij in zijn brief. De leden van de SP-fractie vragen of de Staatssecretaris voor deze administratieve lasten verlaging een doelstelling heeft geformuleerd en zo ja, is dat dan de 45 miljoen euro efficiencykorting die is opgelegd of is deze doelstelling op andere wijze vastgesteld? Hoe en door wie wordt de voortgang in de realisatie van deze doelstelling precies gemonitord, zo vragen de leden van de SP-fractie. Hoe wordt voorkomen dat dit juist een kaasschaaf is voor alle instellingen, zou deze bezuiniging niet juist moeten worden afgedwongen in zorginstellingen met een hoge overhead? Hoe wil de Staatssecretaris dit gaan uitvoeren?
De leden van de SP-fractie vinden het verstandig dat de Staatssecretaris de aanbevelingen van de NZa om het pgb-kader voor 2015 op te hogen met 80 miljoen euro overneemt. Deze leden vragen aan te geven waar dit bedrag vandaan komt, is dit toevallig dezelfde 80 miljoen euro die de contracteerruimte in 2016 lager uitkomt? Zo ja, levert dit geen problemen op voor de zorgcontinuïteit elders? Eerder werd het pgb-kader al met 120 miljoen euro verhoogd. De ruimte is vervolgens niet in enkele zorgkantoorregio's te beperkt, maar in de meeste zorgkantoorregio's. Kunnen deze leden hiermee concluderen dat de ramingen voor 2015 er erg naast hebben gezeten als het gaat om de pgb-budgetten? 200 miljoen euro ophoging ten opzichte van een oorspronkelijke raming van 1.160 miljoen euro is (minstens) erg fors te noemen. Wat vindt de Staatssecretaris hiervan, deelt zij de mening van de leden van de SP-fractie? Hoe is het mogelijk dat deze schattingen zo ver naast de werkelijkheid blijken te liggen? Wat overtuigt de Staatssecretaris ervan dat er nu wel voldoende budget voor pgb-zorg beschikbaar is voor 2015? Wat gebeurt er als het pgb-budget in één of meerdere zorgkantoorregio's in het najaar wederom te krap blijkt te zijn? De oorzaken van de overschrijding worden onderzocht, wanneer kunnen deze leden de resultaten van dit onderzoek verwachten?
Als er op de ene plaats een onderscheiding ontstaat, betekent dit dan dat er bij een andere zorgpot een overschrijding ontstaat? Leidt het afknijpen van de toegang tot zorg op de ene plaats, bijvoorbeeld de wijkverpleging, tot een toename bij andere zorg, bijvoorbeeld zorg vallende onder de Wet langdurige zorg? Oftewel is er sprake van communicerende vaten dan wel een waterbedeffect? Zo ja, is dit een structureel effect? De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris inzichtelijk te maken hoe de drie wetten (Wlz, Zvw en Wmo) elkaar beïnvloeden.

Erkent de Staatssecretaris overigens dat er een risico bestaat in het feit dat een zorgverzekeraar enerzijds met risicodragendheid en een forse taakstelling verantwoordelijk is voor wijkverpleging en aan de andere kant in de instellingszorg inkoop voorziet. Is er volgens de Staatssecretaris een vergrote kans op het «doorschuiven» van patiënten om zo schadelast te vermijden of te verkorten? Kan de Staatssecretaris goed toezicht houden op dit soort oneigenlijke verschuivingen als dezelfde zorgverzekeraar beide zorgsoorten inkoopt in een regio?
De leden van de SP-fractie vragen of deze concessieverlening wenselijk is. Kan de Staatssecretaris aangeven wat hij er van vindt om deze concessieverlening bij de zorgverzekeraars weg te halen en bijvoorbeeld de inkoop van Wlz-zorg onder te brengen bij het ministerie of de NZa?

In 2015 loopt het beroep op lage zorgzwaartepakketten (zzp's) in de intramurale zorg veel langzamer terug dan was verwacht, de Staatssecretaris verwacht dat deze trend in 2016 even geleidelijk voortgezet wordt. De leden van de SP-fractie ontvangen graag een beeld van hoe deze verwachte daling in 2016 eruit gaat zien, wat zijn precies de verwachtingen (per zzp) en waar zijn die verwachtingen op gebaseerd? De Staatssecretaris geeft aan dat, op basis van deze langzamere afname, hij

de voorgenomen korting van 480 miljoen euro verzacht met 100 miljoen euro. De leden van de SP-fractie constateren dat dit verbloemende taal is voor het feit dat er 100 miljoen euro minder wordt bezuinigd. Maar dat er dus nog steeds flink wordt bezuinigd. Waar heeft de Staatssecretaris deze 100 miljoen euro gevonden? De gemeenten ontvangen extra middelen omdat mensen langer thuis blijven wonen, kan de Staatssecretaris aangeven welk bedrag hiermee gemoeid is? In het laatste kwartaal van 2014 blijkt er een grote stijging te zijn van het aantal indicaties, de leden van de SP-fractie vragen of de Staatssecretaris deze stijging kan verklaren. De korting wegens langer thuis wonen voor de Wlz-uitvoerders is met 20 miljoen euro verlaagd. Wat is de onderbouwing van dit bedrag, kan de Staatssecretaris onderbouwen waarom dit bedrag volgens hem voldoende is?

Met ingang van 1 januari 2016 is het overgangsrecht niet langer van toepassing op intramuraal geïndiceerde cliënten met een laag zorgzwaartepakket, zij moeten daarom kiezen voor intramuraal verblijf in de Wlz of voor extramurale zorg via gemeenten en/of zorgverzekeraars. De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris hoe groot de groep is die deze keuze moet maken, en wat de verwachtingen zijn ten aanzien van die keuzes.

In 2016 loopt het percentage van de NHC's en NIC's op van 50% naar 70%, dit verbaast de leden van de SP-fractie. Kan de Staatssecretaris toelichten wat deze toename veroorzaakt? Op basis waarvan is deze ophoging nodig? Het is toch zo dat veel vastgoed in de langdurige zorg juist gesloten wordt?

Per 2016 ontvangen cliënten met een modulair pakket thuis hun huishoudelijke verzorging vanuit de Wlz in plaats van de gemeente. Dit verbaast de leden van de SP-fractie. Waarom wordt er een verschil gemaakt tussen gekozen pakketten in wat er vergoed wordt uit de Wlz? Is het wenselijk om de gemeente de HV te laten regelen, gezien dit per gemeente ander beleid is en er toe kan leiden dat mensen juist afzien van de MPT?

Met betrekking tot hulpmiddelen gaat er in 2016 ook het een en ander veranderen. De leden van de SP-fractie horen veel verhalen van mensen die hun geheel op maat gemaakte hulpmiddelen (bijvoorbeeld rolstoelen) in moeten leveren om vervolgens een nieuwe aan te moeten schaffen, terwijl anderen niets aan de ingeleverde hulpmiddelen hebben. De leden van de SP-fractie hopen dat met de veranderingen voor dit soort situaties ook een oplossing wordt gevonden. Kan de Staatssecretaris hierop reageren? Is de hij bereid te kijken naar een nieuwe regeling, zodat mensen hun hulpmiddelen over de stelsels, bij verhuizingen of zodra een andere hulpmiddelenleverancier wordt aangesteld kunnen behouden? Bijvoorbeeld als iemand die een op maat gemaakte rolstoel heeft vanuit de Wmo, maar overgaat naar Wlz zorg. Is de Staatssecretaris het met de leden van SP-fractie eens dat we zoveel mogelijk moeten voorkomen dat mensen bij verhuizing, bij een andere leverancier of bij verandering van zorg niet elke keer hun hulpmiddelen kwijt raken en deze opnieuw moeten krijgen? Volgens de leden van de SP-fractie zou dit erg bijdragen in het aanpakken van verspilling in de zorg. Wat is de reactie van de Staatssecretaris hierop?

Er worden nog voorwaarden geformuleerd voor de overheveling van woningaanpassingen naar de Wlz, deze voorwaarden worden pas later dit jaar bekend. Staat het al wel vast dat de woningaanpassingen per 2016 overgeheveld worden?
Aangegeven wordt in het NZa-advies dat voor de tussen wal en schip gevallen cliënten die geriatrische revalidatiezorg ontvangen een oplossing

is gevonden door hen «ten laste» te brengen aan de Wlz. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe groot de groep cliënten die geriatrische revalidatiezorg ontvangt is? Zijn er op dit moment nog groepen bekend die tussen wal en schip terecht zijn gekomen, is voor alle groepen inmiddels een oplossing gevonden? De leden van de SP-fractie zijn hogelijk verbaasd over dit advies, want was de overheveling van de revalidatiezorg naar de zorgverzekeringswet niet juist bedoeld om er voor te zorgen dat de zorg beter afgestemd zou worden en dat dit ook zou kunnen leiden tot lagere kosten? Is het zo dat met deze oplossing zorgverzekeraars die de revalidatiezorg belabberd inkochten of toe (lieten) wijzen, beloond worden? Kan de Staatssecretaris hier meer uitleg over geven?

II. Reactie van de Staatssecretaris

De leden van de SP-fractie hebben vragen gesteld over het vervallen van de contracteerplicht in 2012 en de evaluatie van de invoering van de zorgzwaartepakketten (zzp's). Zij zijn benieuwd hoe sinds deze twee stappen het zicht is op besteding van de gelden en de flexibele inzet van personeel. Ook vragen zij of het mogelijk is om inzichtelijk te maken welke gevolgen deze twee stappen hebben gehad op de overhead bij zorginstellingen, waarbij zij in het bijzonder vragen naar de financiële risico's bij zorginstellingen en de wijze waarop zorginstellingen op deze risico's anticiperen. Ook vragen zij, met de cijfers van het CPB over de «zorgmanager» als snelst groeiende beroepsgroep indachtig, naar de gevolgen van het vervallen van contracteerplicht en de invoering van de zzp's. Ten aanzien van de inkoop vragen de leden van de SP-fractie in welke mate er wordt gewerkt met wisselende inkoopbedragen en bonusmalus-bepalingen

Over de voortgang van de invoering van de zorgzwaartebekostiging is uw Kamer regelmatig geïnformeerd. In de laatste voortgangsrapportage zorgzwaartebekostiging van 23 december 2011[3] was een uitgebreide evaluatie opgenomen. Om invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringstaken maakt de NZa gebruik van marktscans, waarin zij de stand van de markt en ontwikkelingen in de markt beschrijft. In mijn brief over de ontwikkelingen in de indicatiestelling van langdurig verblijf en de wijze waarop cliënten de indicatie verzilveren[4] ben ik ingegaan op een aantal conclusies uit de marktscan AWBZ 2010–2012 van de NZa. Ik heb geen inzicht in een eventueel verband tussen de invoering van de zorgzwaartebekostiging en het afschaffen van de contracteerplicht en de hoogte van de overhead of het aantal zorgmanagers. In het kader van de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning is er binnen de Wlz voor gekozen om bij de indicatiestelling te werken met grofmazige zorgprofielen en de zorgzwaartepakketten te gebruiken als instrument bij de bekostiging. Door de introductie van zorgprofielen bij de indicatiestelling ontstaat meer ruimte voor zorgaanbieder en cliënt om de zorg op maat in te vullen. Bij de zorginkoop wordt gebruik gemaakt van maximumtarieven, waarbij het tarief afhankelijk is van het al dan niet voldoen aan door het zorgkantoor gestelde kwaliteitscriteria.

De leden van de SP-fractie vragen hoe kortingen op budgetten ten goede zouden komen aan het primaire proces. Ook vragen zij hoe de inkoop van zorg via instellingen ten goede komt aan de eigenheid van locaties of afdelingen.

[3] Kamerstuk 30 597, nr. 242
[4] Kamerstuk 33 891, nr. 82

Het klopt dat zorgaanbieders een tarief vergoed krijgen dat onder de maximum beleidsregelwaarde ligt. Dit is geen korting, maar een reëel tarief dat in onderhandeling tot stand is gekomen en waar afspraken aan ten grondslag liggen over bijvoorbeeld het verbeteren van de kwaliteit.

De dialoog tussen zorgkantoren en zorgaanbieders over onder meer het bieden van ruimte voor regionaal maatwerk en kwaliteitsverbetering krijgt een prominente plek in de inkoopprocedure 2016. Het zorgkantoor gaat meer dan voorheen het inhoudelijke gesprek aan met de zorgaanbieder om de zorg aan cliënten te verbeteren. Zorgkantoren vragen aan de zorgaanbieder om aan te geven welke ambitie zij hebben en welke verbeteringen zij voor zichzelf zien. Er wordt dan ook aan de zorgaanbieder gevraagd om aan te geven of hij hierover afspraken met het zorgkantoor wil maken voor de gehele organisatie of voor specifieke locaties/onderdelen. Dit is een wezenlijke verandering voor zorgkantoren en zorgaanbieders, een groeiproces waarbij ook al in 2016 de eigenheid van locaties of afdelingen wordt meegenomen. Dit proces zal zich voltrekken binnen alle instellingen, ook de grotere.

De leden van de SP-fractie vragen of ik de mening deel dat financiering zo laag mogelijk in de organisatie moet neerslaan.

Ik ben het eens dat beschikbare middelen zoveel mogelijk ten goede moet komen aan het primaire zorgproces en dat uitgaven voor overhead niet groter moeten zijn dan nodig. Ik ga ervan uit dat de zorgaanbieders het ook in hun eigen belang achten de kosten voor overhead zo laag mogelijk te houden. Op welk niveau dat het meest efficiënt is, is afhankelijk van de bedrijfsvoering van de individuele zorgaanbieder. Het zorgkantoor kan bij zijn inkoopbeslissing ook het niveau van de overhead van de zorgaanbieder betrekken.

De leden van de SP-fractie vragen op welke wijze de expertise, kennis en ervaring van zorgmedewerkers van instellingen betrokken zijn bij de zorginkoop voor 2016.

Het leveren van maatwerk en het centraal stellen van de kwaliteit voor de cliënt vereist betrokkenheid van zorgmedewerkers. Op welke wijze deze betrokkenheid gestalte krijgt is in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Het lijkt mij echter in het belang van alle partijen om de ervaringen en expertise van zorgmedewerkers te betrekken bij de onderhandelingen over de inkoop van zorg. Een en ander gezien in het licht van het nieuwe zorginkoopkader waarin maatwerk wordt geleverd, de kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg wordt verbeterd en meer aansluiting is gezocht bij de kenmerken en de eigenheid van de sectoren binnen de Wlz.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de differentiatie tussen de sectoren Verpleging & Verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg (GZ) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vorm gaat krijgen, welke uitgangspunten rond de «eigenheid» worden gehanteerd en hoe die is terug te vinden in het inkoopbeleid 2016 per zorgsector. Voorts wordt gevraagd waarom Zorgverzekeraars Nederland en de zorgkantoren bij het opstellen van het inkoopkader 2016 alleen contact hebben gehad met de NZa en de IGZ en niet ook met (een aantal) zorgaanbieders. Tenslotte vragen deze leden hoe de Staatssecretaris kan voorkomen dat er nog meer inkoopregels komen omdat er gedifferentieerd gaat worden.

Het inkoopkader 2016 voor de Wlz bestaat voor de drie sectoren V&V, GZ en GGZ ieder uit een hoofdtekst en negen bijlagen. De hoofdtekst bevat drie hoofdstukken: een hoofdstuk «Uitgangspunten», een hoofdstuk

«Inkoopprocedure» en een hoofdstuk «Kwaliteit en cliëntgerichtheid». De inkoopprocedure zelf heeft een generiek karakter, er is echter bij de inhoudelijke uitwerking van kwaliteit en cliëntgerichtheid wel aansluiting gezocht bij de kenmerken en eigenheid van de sectoren binnen de Wlz. Voor bijvoorbeeld de sector V&V wordt dit in hoofdstuk 3 «Kwaliteit en cliëntgerichtheid» vormgegeven in een paragraaf «De basis versterken» waarbij het doel is om aan de cliënt veilige en vertrouwde zorg te leveren. Dit vertaalt zich bijvoorbeeld in medicatieveiligheid, betere wondzorg en de andere daar genoemde onderwerpen.

Het inkoopkader is tot stand gekomen in een interactief proces van zorgkantoren gezamenlijk. Daarbij is afstemming gezocht met de brancheorganisaties van zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en het Ministerie van VWS. De zorgkantoren hebben ook met de branches dialoogsessies gehad, waarbij soms ook bestuurders van instellingen vanuit ActiZ, VGN en andere brancheorganisaties aanwezig waren. Overigens zijn er ook bijeenkomsten georganiseerd waar individuele zorgaanbieders om de tafel te zaten. Daarnaast zijn er gedurende het jaar doorlopend intensieve contacten tussen zorgkantoren en zorgaanbieders.

Differentiatie hoeft zich niet per se te vertalen in meer inkoopregels. Het inkoopbeleid en de uitvoering van de zorginkoop moet stimuleren dat er een optimale match plaatsvindt tussen vraag en aanbod, waarbij zoveel mogelijk aan de voorkeur van de cliënt voor een zorgaanbieder en locatie van zorgverlening tegemoet wordt gekomen. Dit houdt in dat zorgkantoren bij de inkoop van zorg rekening houden met een voldoende gedifferentieerd aanbod. Bij een specifieke regionale behoefte laat het inkoopbeleid bovendien meer ruimte voor afspraken op maat. Dit maatwerk komt onder andere tot stand doordat zorgkantoren meer in dialoog gaan met zorgaanbieders.

Het inkoopkader 2016 voor de Wlz maakt duidelijk dat sprake is van een trendbreuk in wat van de zorgaanbieders van langdurige zorg wordt verwacht en in de manier waarop deze zorgaanbieders en de zorgkantoren met elkaar in gesprek gaan. De gesprekken beperken zich niet meer tot eenmalige inkooponderhandelingen, maar krijgen de vorm van een intensieve dialoog waarin de partijen gezamenlijk vanuit het perspectief van de klant op zoek gaan naar opties voor kwaliteitsverbetering in de langdurige zorg. De dialoog omvat overigens niet alleen het met elkaar in gesprek gaan, maar ook afspraken over het te bereiken resultaat, de wijze waarop men elkaar over de resultaten informeert en hoe deze inzichtelijk worden gemaakt.

De leden van de SP-fractie vragen of ik kan toezeggen dat de verschillen tussen de sectoren V&V, GZ en GGZ niet ertoe leiden dat groepen mensen met (hoge) zorgbehoefte buiten de boot vallen door het financieringsbeleid. Voorts wordt de vraag gesteld of het lucratief is om je als instelling te richten op lichtverstandelijk beperkte jongeren omdat zij een goede financiering met zich meebrengen. Tenslotte is de vraag of dit kan leiden tot verdrukking van bestaande bewoners of verwaarlozing van hun zorg.

Het doel van het maken van onderscheid tussen de verschillende sectoren is om de eigenheid en de kenmerken van die sector meer voor het voetlicht te brengen en een gezicht te geven. Een van de uitgangspunten van de Wlz is een betere kwaliteit van zorg die beter aansluit bij de wensen van cliënten. De tarieven die worden afgesproken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor creëren geen lucratieve en minder lucratieve cliëntgroepen. Doelstelling is juist om voor alle cliënten passende afspraken te maken gezien de behoefte aan zorg en de daarvoor benodigde middelen.

De leden van de SP-fractie vragen mij met klem om de gewenste differentiatie met inhoud en visie vanuit de sectoren te laten begeleiden zodat niet ieder zorgkantoor zijn eigen beleid gaat maken, waardoor het ten eerste erg bureaucratisch wordt en ten tweede totaal oncontroleerbaar is hoe en waarom de financiering loopt zoals hij loopt. Genoemde leden vragen een uitgebreide reactie op hun zorgen.

Voor 2016 hebben de zorgkantoren ervoor gekozen – in lijn met de verwachtingen van cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en mijzelf – nadrukkelijker in te zetten op vernieuwing in de zorginkoop en focus op de cliënt en de kwaliteit van zorg. Het inkoopkader 2016 voor de Wlz bestaat uit een aantal uniforme elementen, zoals de inkoopprocedure en het inkoopkader per sector. De verdere uitwerking van de focus op de cliënt en de kwaliteit van zorg vereist maatwerk en daarmee ook variatie in beleid. Er zijn geen aanwijzingen dat de verantwoording over de uitgaven daaronder te lijden heeft. Op basis van de vastgestelde contracteerruimte stelt de NZa prestaties en tarieven vast voor de zorg die verzekerd is op grond van de Wlz. Daarnaast houdt de NZa er toezicht op dat zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders de wet goed uitvoeren. Zo moeten zorgaanbieders de zorg op de juiste manier in rekening brengen. De NZa stelt vervolgens jaarlijks een rapport op over de recht- en doelmatige uitvoering van de Wlz. Ik verwacht niet dat het inkoopkader 2016 voor de Wlz de in de vraag geschetste gevolgen zal hebben.

De leden van de SP-fractie vragen aan mij om uit te leggen waarom het logische uitgangspunt om de cliënt centaal te stellen een novum zou zijn.

Bij de zorginkoop heeft de wens van de cliënt altijd een belangrijke rol gespeeld. In het inkoopkader 2016 is de positie van de cliënt centraal gesteld.

De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre deze «toekomstplannen» recht doen aan de wensen van bewoners en personeel, en hoe de zorgkantoren vervolgens omgaan met deze toekomstplannen. Zij vragen zich af of zorgkantoren dit toetsen en via welk kader. Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie of zorgkantoren interveniëren op inhoud en zo ja, vanuit welke verantwoordelijkheid. Ook willen zij weten wie de (eind)verantwoordelijkheid heeft bij een geschil over een toekomstplan. Daarnaast vragen de leden of er voorwaarden zijn geformuleerd waar een dergelijk toekomstplan aan moet voldoen en zo ja, welke dat zijn en hoe deze voorwaarden tot stand zijn gekomen.

In de inkoopdialoog vragen zorgkantoren aan zorgaanbieders om eerst een zelfanalyse te maken. Deze zelfanalyse dient in te gaan op de wijze waarop de zorgaanbieder momenteel invulling geeft aan de geformuleerde doelstellingen en de mate waarin beleid hierover geïmplementeerd is. Daarnaast dient de zorgaanbieder in te gaan op de sterke punten en de ontwikkelpunten van de organisatie, de ervaringen van de cliënt(vertegenwoordiging) met de aanpak van de zorgaanbieder op het betreffende thema. De toekomstplannen vloeien voort uit deze zelfanalyse: een toekomstplan bevat ook een beschrijving van de inzet van de zorgaanbieder om resultaten te bereiken die zich richten op cliënt.

Het zorgkantoor beoordeelt het voorgestelde toekomstplan en bepaalt de opslag op het tarief aan de hand van het effect van de voorgestelde ontwikkelingen voor de cliënt, de mate waarin de ambitie van het toekomstplan in verhouding staat met de aard, omvang en verbetercapaciteit van de zorgaanbieder en de mate waarin de implementatie van de voorgestelde ontwikkelingen haalbaar is, gegeven de huidige sterktes en ontwikkelpunten van de zorgaanbieder. Dit zijn algemene criteria waaraan

de zorgkantoren de toekomstplannen van de zorgaanbieders toetsen. De voorwaarden waaraan een toekomstplan dient te voldoen zijn uniform: dit zijn afspraken tussen de zorgkantoren. In de dialoog zullen ook de rollen en wensen van cliënten en professionals aan de orde komen. Het uitgangspunt is dat het zorgkantoor en zorgaanbieder er samen uit zullen komen.

De leden van de SP-fractie vrezen dat het maken en beoordelen van de toekomstplannen geen panacee gaat zijn voor de wens om de «cliënt centraal» te stellen. Zij vragen of de Staatssecretaris erkent dat het risico op de loer ligt dat (dure) adviesbureaus deze toekomstplannen gaan maken en er voor hen dus een nieuwe (lucratieve) markt wordt gecreëerd en of de Staatssecretaris het risico erkent dat een nieuwe basis wordt gelegd voor een keurmerkenmaffia die «stempels» op toekomstplannen zet, terwijl het niets zegt over de kwaliteit van de zorg in deze instellingen. Zij vragen hoe de Staatssecretaris gaat voorkomen dat er een enorm (duur) circus wordt opgetuigd dat niet leidt tot meer inzicht in de kwaliteit van leven en zorg,of de veiligheid in de instellingen.

Het belangrijkste onderdeel van de toekomstplannen zijn de gevolgen voor de kwaliteit van zorg en/of leven voor de cliënt. Vanwege deze focus krijgt de inkoop vorm in de dialoog tussen zorgkantoor en aanbieders. In deze dialoog zal de zorg voor de cliënt ook centraal staan, waarbij dialoog een beter middel is dan inkoop met een spreadsheet aan kengetallen en indicatoren. De inzet van zorgaanbieders is daarbij van groot belang. Aangezien zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor de uitvraag van de kwaliteitsverbetering in dialoog met het zorgkantoor, verwacht ik geen «keurmerkencircus» of een nieuwe vraag naar adviesbureaus. Zoals eerder aangegeven worden er ook afspraken gemaakt over resultaten.

De leden van de SP-fractie constateren dat de hoogte van het tarief dat zorgkantoren afspreken met aanbieders afhankelijk zal zijn van de plannen die zorgaanbieders indienen en de behaalde resultaten. Juist hier zien de leden van de SP-fractie een enorm risico. Zij vragen of de Staatssecretaris het risico ziet dat wanneer de kwaliteit van een plan, in tegenstelling tot de werkelijkheid, basis is voor de inkoop, dat er een hele grote prikkel in zit om dat plan zo «glossy» en positief mogelijk te maken, zonder dat het de werkelijkheid nog weer geeft.

Het klopt dat de hoogte van de tarieven afhankelijk is van de toekomstplannen die zorgaanbieders indienen. Zorgaanbieders die genoegen nemen met het gehanteerde basistarief zullen geen toekomstpannen indienen. Echter, het hogere tarief wordt pas uitgekeerd nadat de resultaten die zijn benoemd in het plan inzichtelijk zijn gemaakt en zijn behaald. Ik zie het risico dan ook niet dat een «glossy» en zo positief mogelijk plan gegarandeerd succes of een hoger tarief geeft. Zorgaanbieders zullen het hogere tarief niet verdienen als zij de resultaten niet waar kunnen maken.

De leden van de fractie van de SP vragen of zorgkantoren bij de inkoop uit gaan van behaalde resultaten uit het verleden of van het lopende jaar. Deze leden nemen op basis van de brief aan dat het gaat om het lopende jaar, het jaar waar het plan betrekking op heeft. Zij vragen of de genoemde leden het correct constateren dat achteraf kan worden besloten het tarief naar beneden bij te stellen en of er dan niet een groot risico is dat sommige zorgaanbieders financiële problemen krijgen, en zo ja, of de continuïteit van zorg dan nog wel gegarandeerd is? Zij vragen welke voorwaarden zijn geformuleerd op basis waarvan besloten zou moeten kunnen worden tot het naar beneden bijstellen van het tarief en hoever

het tarief naar beneden kan worden bijgesteld, oftewel of er een ondergrens is vastgesteld.

Het klopt dat de zorgkantoren tarieven afspreken voor resultaten in het lopende jaar. Echter, de hogere tarieven worden niet toegekend zolang de resultaten niet zijn behaald. Tot die tijd gelden de basistarieven voor de zorg die geleverd wordt door de zorgaanbieder. Het zal dus niet voorkomen dat tarieven achteraf naar beneden worden bijgesteld. Wel worden de tarieven naar boven bijgesteld als de afspraken worden nagekomen.

De leden van de SP-fractie signaleren dat er verschillende tarieven worden gehanteerd door de verschillende zorgkantoren. Zij vragen hoe groot die verschillen zijn, zowel binnen als tussen regio's. Tevens vragen zij of het wel wenselijk is dat die verschillen er zijn en blijven, zeker in het licht dat de wens is om regionale verschillen te verkleinen. Zij vragen hoe de Staatssecretaris dat gaat aanpakken en of de laagste tarieven of reële tarieven gaan gelden.

De zorgkantoren hebben in de eerste budgetronde voor 2015 tarieven afgesproken voor zzp's en vpt die gemiddeld 4 procent lager liggen dan de maximum beleidsregelwaarde. Per zorgkantoor ligt dit percentage tussen de 1,8 procent en 6,1 procent. Binnen zorgkantoorregio's is daarbij sprake van een zekere spreiding rond het gemiddelde. Percentages groter dan 10 procent komen slechts voor bij 3 procent van de zorgaanbieders.

Zorgkantoren hebben een stap vooruit gemaakt waar het gaat om het uniformeren van het inkoopproces. Waar bij de inkoop van 2015 het inkoopproces tussen verschillende zorgkantoren kon verschillen, is voor het inkoopkader 2016 voor de Wlz een uniform proces opgesteld. Zorgkantoren zullen in de komende jaren verder bekijken welke onderdelen van de zorginkoop verder kunnen worden geüniformeerd. Ook het startpunt van de onderhandelingen zal daarbij worden bekeken: de basistarieven. Ik snap overigens dat het voor een aanbieder vreemd kan overkomen dat er voor locaties in andere regio's verschillende basistarieven worden gehanteerd. Daar kan tegenover worden gesteld dat het zo kan zijn dat de kwaliteit of aandachtspunten per locatie (per regio) verschillen en dat zodoende niet vreemd is dat de tarieven per locatie (per regio) verschillend kunnen zijn.

De leden van de SP-fractie willen graag weten wat de buffers zijn van de verschillende regio's en waarom deze zijn ontstaan. Zij vragen of het niet wenselijk zou zijn om deze buffers af te romen en in te zetten voor knelpunten die gedurende een jaar ontstaan. Zij hebben mij gevraagd om een uitgebreid antwoord. Ook lezen deze leden dat er twee momenten in het jaar zijn waarop de budgetten bijgesteld kunnen worden en vragen waarom dit niet continu plaatsvindt.

Voorafgaand aan het jaar stelt VWS de hoogte van macrokader vast. In mei van het lopende jaar brengt de NZa advies uit over de omvang van het landelijk kader, onder meer op basis van de realisatie van uitgaven in de eerste maanden van het lopende jaar. Indien het advies is dat de vooraf vastgestelde omvang van het macrokader toereikend is, (wat zij voor 2015 hebben geadviseerd) dan wordt de hoogte van het kader voor het lopende jaar niet meer gewijzigd. Er blijft echter wel flexibiliteit om in te spelen op een veranderende zorgvraag. Op basis van het door VWS vastgestelde macrokader verdeelt de NZa de beschikbare middelen over de verschillende regio's. Op basis van deze verdeling maken Wlz-uitvoerders afspraken met de zorgaanbieders in hun regio voor de te leveren zorg in een jaar. Daarbij geldt dat zij niet meteen het hele beschikbare bedrag

contracteren, maar een deel daarvan tijdelijk reserveren. Met deze onbenutte middelen (enkele procenten van het totale bedrag) kunnen de zorgkantoren gedurende het jaar flexibel inspelen op de zorgvraagontwikkeling.

Mocht het zo zijn dat gedurende het jaar blijkt dat sommige zorgaanbieders meer danwel minder zorg leveren dan vooraf is afgesproken dan kunnen Wlz-uitvoerders bovendien onder voorwaarden onderling middelen verschuiven, mits het vooraf vastgestelde landelijke kader niet wordt overschreden. De NZa stelt dit vast door alle herschikkingsvoorstellen die voor 1 november bij hem zijn ingediend op te tellen en vast te stellen of het landelijke kader wel of niet wordt overschreden. Indien het landelijke kader niet wordt overschreden dan ontvangen zorgaanbieders nieuwe tariefbeschikkingen op basis van de geactualiseerde afspraken met Wlz-uitvoerders. Deze tariefbeschikkingen stellen hen in staat om de kosten die zij maken te declareren bij de Wlz-uitvoerders. Er is dus binnen het macrokader flexibiliteit aanwezig is om in te spelen op een veranderende zorgvraag.

De leden van de SP-fractie vragen mij helder te beschrijven wat de gevolgen zijn als de middelen in de loop van het jaar op zijn en herverdeling niet meer mogelijk is.

Indien er onvoldoende mogelijkheden zijn om regionale overschrijdingen te dekken door regionale onderschrijdingen elders, dan stelt de NZa een vereffeningsbedrag vast dat Wlz-uitvoerders in rekening kunnen brengen bij zorgaanbieders. Dat betekent dat in een regio alle zorgaanbieders minder middelen vergoed krijgen voor de zorg die zij leveren. Dit resulteert niet in een risico voor wachtlijsten, want Wlz-uitvoerders hebben een zorgplicht voor hun verzekerden die hen verplicht een cliënt zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen de treeknormen van de langdurige zorg, te plaatsen. Dit betekent dat zorgaanbieders een zeker financieel risico lopen dat zij, in het geval van een overschrijding, niet de volledige kosten voor hun zorg vergoed krijgen op basis van het tarief wat zij met de Wlz-uitvoerders hebben afgesproken. Dit is echter vooraf door de zorgaanbieder ingecalculeerd risico dat kan worden afgedekt door een gezonde bedrijfsvoering met reserves.

De leden van de SP-fractie refereren naar een «stroppenpot» die voormalig Staatssecretaris Bussemaker achter de hand hield om wachtlijsten te voorkomen.

Er is inderdaad geen sprake meer van een «stroppenpot» ter voorkoming van wachtlijsten. Gedurende het jaar zijn er in het inkoopproces diverse mogelijkheden ingebouwd om de budgetten voor de zorglevering te herschikken. Er is meer flexibiliteit ontstaan en de zorgkantoren houden bij de verdeling van de middelen meer rekening met de voorkeur van de cliënt. De ontwikkeling van wachtlijsten in de Wlz wordt nauwlettend gevolgd. Op de site van het Zorginstituut Nederland wordt maandelijks de actuele stand gepubliceerd. Er bestaat hierdoor ook geen noodzaak meer om iets dergelijks als een «stroppenpot» te hanteren.

Op verzoek van de zorgaanbieders zijn in 2015 de herverdelingsmiddelen (die in voorgaande jaren als een «stroppenpot» achter de hand werden gehouden) direct beschikbaar gesteld om het inkoopproces in het eerste jaar van de Wlz te versoepelen. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief aan de Nza over het voorlopig kader Wlz 2016[5] zal ik voor het jaar 2016

---

[5] Bijlage bij Kamerstuk 34 104, nr. 61.

conform het advies van de NZa weer een bedrag aan herverdelingsmiddelen reserveren, net zoals in de jaren vóór 2015.

De leden van de SP-fractie vragen of ik voor het verlagen van de administratieve lasten een doelstelling heb geformuleerd en zo ja, of dat dan de 45 miljoen efficiencykorting is, die is opgelegd dan wel of deze doelstelling op andere wijze is vastgesteld. Voorts wordt gevraagd of de realisatie van een eventuele doelstelling wordt gemonitord en hoe voorkomen wordt dat dit een kaasschaaf wordt voor alle instellingen. Tenslotte vragen de leden van de SP-fractie of een dergelijke bezuiniging niet moet worden afgedwongen in zorginstellingen met een hoge overhead?

In de kaderbrief Wlz 2016 aan de Tweede Kamer d.d. 19 juni 2015 is opgenomen dat door het afsluiten van meerjarencontracten tussen zorgkantoren en aanbieders van langdurige zorg de administratieve lasten omlaag zullen gaan. Afhankelijk van de inhoud van de meerjarenafspraak betekent dit bijvoorbeeld dat niet ieder jaar op alle onderdelen van het contract behoeft te worden onderhandeld. Dit leidt tot lagere administratieve lasten. Het inkoopkader langdurige zorg 2016 van ZN/zorgkantoren biedt de mogelijkheid om te komen tot meerjarige afspraken. Aan deze verwachting is geen doelstelling gekoppeld.

De leden van de SP-fractie vragen waar de hoogte van het bedrag van € 80 miljoen vandaan komt dat is toegevoegd aan het pgb-kader en of dit bedrag niet toevallig dezelfde € 80 miljoen is die in de contracteerruimte in 2016 lager uitkomt. Ook vragen zij of zij kunnen concluderen dat de ramingen voor 2015 er erg naast hebben gezeten als het gaat om de pgb-budgetten. Voorts vragen de leden van de SP-fractie hoe het komt dat de schattingen zo ver naast de werkelijkheid blijken te liggen, en vragen zij waarom ik er nu van ben overtuigd dat er nu wel voldoende budget beschikbaar is voor pgb-zorg. Tevens vragen zij wat er gebeurt als het pgb-budget in een of meerdere zorgkantoorregio's in het najaar wederom te krap blijkt te zijn en wanneer de resultaten van een onderzoek naar de oorzaken van de pgb-overschrijding kunnen worden verwacht.

De ophoging van het pgb-kader voor 2015 met € 80 miljoen is gedekt binnen de kaders van de Voorjaarsnota. Het is dus niet dezelfde € 80 miljoen waarmee de contracteerruimte in 2016 lager uitkomt. Zoals de NZa ook aangeeft in haar «Advies budgettair kader 2015 Wlz» wordt de relatief grote bijstelling van € 200 miljoen voor bijna de helft (circa € 90 miljoen) verklaard doordat er te weinig middelen aan het pgb-kader waren toegevoegd voor de «Wlz-indiceerbaren». Daarnaast groeit het aantal budgethouders in 2015 sterker dan verwacht (circa € 110 miljoen). Deze factoren vormen de belangrijkste verklaring voor de overschrijding van het oorspronkelijke kader.

Op grond van het advies van de NZa concludeer dat ik er voor het jaar 2015 nu voldoende budget voor pgb-zorg (en voor zorg in natura) beschikbaar is. De NZa heeft beleidsregels opgesteld die aangeven wat er gebeurt indien in één of meer zorgkantoorregio's het pgb-budget opnieuw te krap dreigt te zijn. Zorgkantoren kunnen in dat geval:
– middelen overhevelen vanuit de contracteerruimte voor zorg in natura uit de eigen regio;
– andere zorgkantoren verzoeken om middelen over te hevelen vanuit het pgb-kader of contracteerruimte voor zorg in natura;
– indien bovenstaande niet mogelijk is, een knelpuntenprocedure starten.

De leden van de SP-fractie vragen of een onderschrijding op de ene plaats leidt tot een overschrijding op een andere plaats. Ook vragen zij of het afknijpen van de toegang tot zorg op de ene plaats, bijvoorbeeld de wijkverpleging, leidt tot een toename bij andere zorg, bijvoorbeeld Wlz-zorg en of een dergelijk «waterbedeffect» structureel is.

De toegang tot de zorg en ondersteuning die op grond van de Wmo, Wlz en Zvw wordt geleverd, is verschillend georganiseerd. Zo wordt de toegang tot de Wlz bepaalt door een onafhankelijke indicatie-orgaan, het CIZ. Bij de wijkverpleging is het de wijkverpleegkundige die in samenwerking met de huisarts zelf beoordeelt of professionele zorg noodzakelijk is. Er is dus geen sprake van een structureel waterbedeffect en er kan dus ook niet gesteld worden dat een onderschrijding in de ene plaats altijd leidt tot een overschrijding in een andere plaats. Daarbij geldt wel dat er altijd een zekere mate van onzekerheid is over hoe de zorgbehoefte in de tijd wijzigt, waardoor een hogere danwel lagere instroom in de Wlz gepaard kan gaan met een hogere danwel lagere uitstroom van zorg en ondersteuning op grond van de Zvw en de Wmo.

De leden van de SP-fractie vragen of ik erken dat er een risico bestaat in verband met het feit dat een zorgverzekeraar tevens wordt aangewezen als Wlz-uitvoerder onder de Wlz in het licht van de mogelijkheid dat dit een vergrote kans op het «doorschuiven» van patiënten zou bieden om zo de schadelast van de zorgverzekeraar te vermijden of te verkorten. In dat licht wordt tevens de vraag gesteld of ik toezicht houd op dit soort verschuivingen als dezelfde zorgverzekeraar beide zorgsoorten inkoopt in een regio.

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht waarbij niet de mogelijkheid bestaat deze te weigeren of «door te schuiven» naar de Wlz. In de Wmo is bepaald dat het college een maatwerkvoorziening kan weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op verblijf en daarmee samenhangende zorg in een instelling op grond van de Wet langdurige zorg, dan wel er redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt daarop aanspraak kan doen gelden en weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit dienaangaande. Die mogelijkheid bestaat in de Zvw niet. Voorts is, om in aanmerking te komen voor zorg die verzekerd is door de Wlz, een indicatie van het CIZ vereist. Vooralsnog ga ik ervan uit dat het bovenstaande eventuele oneigenlijke verschuivingen in de weg staan.

De leden van de SP-fractie vragen of de aanwijzing als Wlz-uitvoerder wenselijk is en vragen wat ik ervan vindt om de uitvoering van de Wlz onder te brengen bij het Ministerie van VWS of de NZa.

De Wlz is op 1 januari 2015 in werking getreden. De hervorming van de langdurige zorg heeft daarnaast zijn beslag gekregen in de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw. Aan de hervorming van de langdurige zorg zijn jaren van voorbereiding vooraf gegaan. Ik acht het op dit moment niet opportuun de inkoop van Wlz-zorg door andere instanties te laten uitvoeren dan de Wlz-uitvoerders. Enerzijds omdat het transitieproces nog in volle gang is, anderzijds omdat de Wlz-uitvoerders/zorgkantoren belangrijke stappen zetten in hun inkoopkader om de kwaliteit van de zorg te verhogen en de betrokkenheid van de cliënt te waarborgen en de aanbieders daarin meegaan. Het op dit moment veranderen van de uitvoeringsstructuur zal naar mijn overtuiging dit proces van vernieuwing ongunstig beïnvloeden. Bij Wlz-uitvoerders is veel kennis beschikbaar over de noodzakelijke en gewenste zorg die in de verschillende regio's moet worden geleverd en zij zijn ook goed toegerust om deze kennis toe te passen en actualiseren. Vanuit een regionale invulling van de zorgbehoefte door Wlz-uitvoerders kan beter worden aangesloten bij de

gemeentelijke Wmo-ondersteuning en bij de wijkverpleegkundige zorg die verzekeraars leveren. Zowel procesmatig als inhoudelijk zie ik daarom geen reden de levering van Wlz-zorg over te dragen aan andere instanties.

De leden van de SP-fractie ontvangen graag een beeld van de verwachte daling van het beroep op lage zorgzwaartepakketten in 2016. Zij vragen wat de verwachtingen zijn en waar deze verwachtingen op zijn gebaseerd. Ook vragen de leden waar de verzachting van € 100 miljoen op de bezuiniging van € 480 miljoen is gevonden.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de ontwikkeling van het aantal intramurale cliënten per laag zzp in de V&V of VG-sector tussen 1-1-2014 en 1-1-2015. De cijfers zijn afkomstig van het Zorginstituut Nederland.

Het totaal aantal bezette plekken daalde in de genoemde periode met bijna 11 duizend van 32,1 duizend naar 21,4 duizend. Voor 2015 en 2016 ging het kabinet uit van een verdere lineaire afbouw van het aantal intramurale cliënten met een laag zzp. Het aantal bezette plekken daalt in het begin van 2015 echter minder hard dan vorig jaar. Volgens het Zorginstituut bedroeg het aantal bezette plekken per 1 mei 2015 nog 18,9 duizend. Dit betekent een daling van 2,5 duizend in de vier maanden ten opzichte van de stand per 1 januari 2015. Indien dit tempo zich in de rest van 2015 voortzet komt de daling op jaarbasis uit rond 7,5 duizend. Op grond hiervan wordt voor 2015 en 2016 rekening gehouden met een langzamere daling dan vorig jaar. Voor 2015 bedraagt de verwachte daling ruim 7 duizend ten opzichte van de peildatum 1-1-2015. Voor 2016 is de verwachte daling circa 6 duizend zzp's. De verzachting van de voorgenomen korting in 2016 met € 100 miljoen in verband met het lagere afbouwtempo is gedekt binnen de kaders van de Voorjaarsnota.

Tabel: Ontwikkeling aantal cliënten met verblijf per laag zzp (aantallen x 1.000)

	1-1-2014	1-1-2015	mutatie
V&V1	2,2	1,3	– 0,9
V&V2	7,7	5,1	– 2,6
V&V3	18,1	12,1	– 6,0
V&V 1 tm 3	28,0	18,5	– 9,5
VG1	0,5	0,4	– 0,2
VG2	3,6	2,6	– 1,1
VG1+2	4,1	2,9	– 1,2
totaal V&V en VG	**32,1**	**21,4**	**– 10,7**

De leden van de SP-fractie geven aan dat gemeenten extra middelen ontvangen omdat mensen langer thuis blijven wonen en vragen welk bedrag hiermee is gemoeid.

De extra middelen voor gemeenten omdat mensen langer thuis blijven wonen zijn toegevoegd aan het budget Wmo 2015 binnen de integratie-uitkering sociaal domein en de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging. In 2015 gaat het om een bedrag van respectievelijk € 222 miljoen en € 78 miljoen. In 2016 betreft het aanvullende bedragen van € 142 miljoen voor de integratie-uitkering sociaal domein en € 26 miljoen voor de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging.

De leden van de SP-fractie vragen of ik de grote stijging in het laatste kwartaal van 2014 kan verklaren.

In bijgaande tabel is de ontwikkeling van het aantal cliënten met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg per kwartaal in 2014 weergegeven. In het laatste kwartaal is het aantal indicaties afgenomen van (afgerond) 805

duizend naar 803 duizend. Er is dus geen sprake van een grote stijging in het laatste kwartaal van 2014.

	1-1-2014	1-4-2014	1-7-2014	1-10-2014	31-12-2014
Aantal indicaties (x 1.000)	798	800	802	805	803

Ook vragen de leden van de SP-fractie wat de onderbouwing is van het bedrag waarmee de korting wegens langer thuis wonen is verlaagd.

De genoemde korting is met € 20 miljoen verlaagd om rekening te houden met cliënten die na afloop van het overgangsrecht voor lage zzp's een beroep zullen doen op de Wlz. Dit bedrag is voldoende omdat naar verwachting het merendeel van de cliënten er na afloop van het overgangsrecht voor zal kiezen om thuis te blijven wonen (en dus niet verhuizen naar een Wlz-instelling). Zij ontvangen hun zorg vanuit gemeenten en verzekeraars.

De leden van de SP-fractie vragen hoe groot de groep is die de keuze moet maken voor intramuraal verblijf in de Wlz of voor extramurale zorg via gemeenten en/of zorgverzekeraars. Zij vragen wat de verwachtingen zijn ten aanzien van die keuzes.

Cliënten met een laag zzp die niet zijn opgenomen moeten lopende dit jaar bij hun zorgkantoor aangeven of zij hun verblijfsindicatie willen verzilveren via opname in de instelling of dat zij extramurale zorg of pgb willen behouden. In dat laatste geval zullen zij per 1 januari 2016 zorg ontvangen via de gemeente of de zorgverzekeringswet. Ook kunnen zij op een later moment nog kiezen voor opname in de instelling. Cliënten met een laag zzp die op 31 december 2014 woonachtig zijn in een kleinschalig wooninitiatief of zorg ontvangen op basis van het volledig pakket thuis (VPT) kunnen in hun eigen woning Wlz-zorg blijven ontvangen.

Op basis van recente gegevens van Zorginstituut Nederland is de verwachting dat ongeveer 7.000 cliënten met een laag zzp die extramurale zorg in natura en/of pgb krijgen een keuze gaan maken. Daarnaast zijn er cliënten die geen extramurale Wlz-zorg ontvangen. Een meerderheid daarvan heeft geen opnamewens. De verwachting is dat het overgrote deel van de cliënten die wel extramurale Wlz-zorg ontvangt ervoor zal kiezen om de extramurale zorg of pgb te gaan ontvangen via de gemeente of de zorgverzekeringswet. Veel cliënten hechten aan hun eigen woonomgeving en vinden hun zelfstandigheid erg belangrijk. Voorts kan bij de keuze van cliënten meewegen dat zij op basis van hun indicatie ook in een later stadium en zonder dat zij hoeven te voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz nog kunnen kiezen voor opname in de instelling.

De *leden van de SP-fractie vragen wat de toename van de NHC's en NIC's van 50% naar 70% veroorzaakt.*

Per 2012 is een invoeringstraject geïntroduceerd voor integrale tarieven in de periode 2012–2017[6]. Stapsgewijs wordt de vergoeding voor kapitaallasten op basis van het oude regime voor grootschalige en kleinschalige voorzieningen afgebouwd om over te gaan naar een volledig integraal tarief per 2018. Deze vergoeding wordt door de NZa bepaald in het kader van de bekostiging van zorg in de zin van de AWBZ. Daartoe hanteert de NZa beleidsregels met betrekking tot tarieven voor de zorg. In deze

[6] Kamerstuk 30 597, nr. 187

overgangsperiode krijgen zorgaanbieders in twee delen hun kapitaallasten vergoed. Enerzijds een afnemend deel op grond van het oude bouwregime of normatieve componenten voor kleinschalig wonen en anderzijds een toenemend deel op basis van de normatieve huisvestingscomponent. Conform het invoeringstraject loopt het percentage van de NHC's en NIC's op van 50% in 2015 naar 70% in 2016.

De leden van de SP-fractie vragen waarom er een verschil wordt gemaakt tussen gekozen pakketten in wat er vergoed wordt in de Wlz. Ook vragen zij of het wenselijk is om gemeenten de huishoudelijke verzorging die samenhangt met het modulair pakket thuis te laten regelen.

Zorgkantoren waren begin 2015 nog niet voorbereid op het inkopen van de huishoudelijke hulp voor cliënten met een MPT en om die reden wordt de huishoudelijke hulp in 2015 nog door de gemeenten geleverd, net zoals dat in de jaren daarvoor binnen de AWBZ het geval was voor cliënten die een ZZP-indicatie in de vorm van functies en klassen geleverd kregen.

De leden van de SP-fractie vragen mij om te reageren op verhalen van mensen die hun geheel op maat gemaakte hulpmiddelen in moeten leveren om vervolgens een nieuwe aan te moeten schaffen, terwijl anderen niets aan de ingeleverde hulpmiddelen hebben. Zij vragen of ik bereid ben te kijken naar een nieuwe regeling, zodat mensen hun hulpmiddelen over de stelsels, bij verhuizingen of zodra een andere hulpmiddelenleverancier wordt aangesteld, kunnen behouden. Voorts vragen zij of ik het met de leden van de SP-fractie eens ben dat zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat mensen bij verhuizing, bij een andere leverancier of bij verandering van zorg hun hulpmiddelen kwijt raken en opnieuw moeten krijgen.

Mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen voor Wlz-cliënten worden in 2015 nog vanuit de Wmo 2015 geleverd. De Wlz bepaalt dat de verstrekking van deze voorzieningen met ingang van 1 januari 2016 overgaat naar de Wlz. Hiertoe is besloten met het oog op de gewenste heldere afbakening tussen de verschillende wettelijke stelsels. Ik ben het met de leden van de fractie van de SP eens dat voorkomen moet worden dat mensen een goed passend hulpmiddel in moeten leveren wanneer zij zorg uit een ander domein ontvangen. De afgelopen maanden heeft een ambtelijke werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland, een aantal Wlz-uitvoerders, een aantal gemeenten, de VNG, de brancheorganisatie van de hulpmiddelenleveranciers Firevaned en VWS, een implementatieplan opgesteld op basis waarvan een zorgvuldige overheveling kan plaatsvinden. Uitgangspunten bij dit implementatieplan zijn onder anderen dat cliënten niet onnodig worden belast met deze overheveling en zij het hulpmiddel behouden op het moment van overheveling. Voorts is van belang dat verspilling van hulpmiddelen wordt voorkomen, de herverstrekking van deze hulpmiddelen wordt geoptimaliseerd en dat de administratieve lasten bij de toekenningsprocedure minimaal zijn. Medio september zal ik hier meer informatie over kunnen geven.

De leden van de SP-fractie vragen of het vaststaat dat de woningaanpassingen per 2016 overgeheveld worden.

De afgelopen maanden is verkend door ZN, VNG, gemeenten, zorgkantoren en VWS op welke wijze en onder welke voorwaarden een zorgvuldige overheveling van woningaanpassingen kan worden vormgegeven. Geconstateerd is dat het overhevelen van woningaanpassingen complex is, er specifieke expertise nodig is voor de beoordeling en uitvoering. Deze is aanwezig bij gemeenten en dient te worden

opgebouwd bij zorgkantoren. Met de betrokken veldpartijen wordt momenteel bezien in hoeverre woningaanpassingen voor Wlz-cliënten kunnen worden overgeheveld naar de Wlz en per wanneer. Een ambtelijke werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland, een aantal Wlz-uitvoerders, een aantal gemeenten, de VNG en VWS heeft geadviseerd om de taak in 2016 nog bij gemeenten te laten en onder de Wmo 2015 uit te voeren. Medio september zal ik hier definitief duidelijkheid over geven.

De leden de SP-fractie vragen of ik kan aangeven hoe groot de groep cliënten is die geriatrische revalidatiezorg ontvangt. Ook vragen zij of er op dit moment nog groepen tussen wal en schip terecht zijn gekomen. De leden vragen voorts of met de overheveling van de revalidatiezorg naar de Zvw zorgverzekeraars worden beloond voor het belabberd inkopen of toe (laten) wijzen.

De geriatrische revalidatiezorg is met ingang van 1 januari 2013 overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZvW), met uitzondering van de persoonsgebonden hulpmiddelen. De persoonsgebonden hulpmiddelen, waaronder de individuele rolstoelen, zijn alsnog met ingang van 1 januari 2015 overgeheveld vanuit de AWBZ naar de ZvW. Om de overgang van de AWBZ naar de ZvW soepel te laten verlopen, is in december 2014 besloten dat indien een aanspraak voor een persoonsgebonden hulpmiddel, waaronder een rolstoel, reeds in 2014 was ontstaan, deze ten laste gebracht kon worden van het Wlz kader. De desbetreffende passage in het NZa-advies heeft daarmee enkel betrekking op een klein deel van de geriatrische revalidatiezorg, namelijk voor die cliënten die tijdens de revalidatieperiode gebruik maken van individueel aangepaste hulpmiddelen, waarbij de geriatrische revalidatiezorg in 2014 is begonnen en doorloopt in 2015. Er zijn mij geen signalen bekend dat mensen tussen wal en schip terecht gekomen zijn. De overgangsregeling was vooral bedoeld om helderheid te geven over de financieringswijze van de individueel aangepaste hulpmiddelen. Ook zijn er bij mij geen signalen bekend dat de geriatrische revalidatiezorg niet goed ingekocht zou zijn.